

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

N° 55

DES

# DÉPRESSIONS ET FISTULES

CONGÉNITALES SACRO-COCCYGIENNES

---

## THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 22 Mars 1899

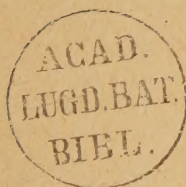
PAR

**A. MASQUIN**

Né à Pourrain (Yonne), le 30 novembre 1873

AIDE DE PHYSIOLOGIE (CONCOURS, DÉCEMBRE 1897)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine



MONTPELLIER

G. FIRMIN ET MONTANE, IMPRIMEURS DE L'UNIVERSITÉ

Rue Ferdinand-Fabre et Quai du Verdanson

—  
1899

# PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. VIALLETON . . . . . DOYEN  
HAMELIN (✱) . . . . . ASSESSEUR

## Professeurs

|                                             |                  |
|---------------------------------------------|------------------|
| Hygiène. . . . .                            | MM. BERTIN-SANS. |
| Clinique médicale . . . . .                 | GRASSET (✱).     |
| Clinique chirurgicale. . . . .              | TEDENAT.         |
| Clinique obstétric. et gynécol. . . . .     | GRYNFELTT.       |
| Thérapeutique et matière médicale. . . . .  | HAMELIN (✱).     |
| Clinique médicale . . . . .                 | CARRIEU.         |
| Clinique des maladies mentales et nerv.     | MAIRET (✱).      |
| Physique médicale. . . . .                  | IMBERT           |
| Botanique et hist. nat. méd. . . . .        | GRANEL.          |
| Clinique chirurgicale. . . . .              | FORGUE.          |
| Clinique ophtalmologique. . . . .           | TRUC.            |
| Chimie médicale et Pharmacie . . . . .      | VILLE.           |
| Physiologie. . . . .                        | HEDON.           |
| Histologie . . . . .                        | VIALLETON.       |
| Pathologie interne. . . . .                 | DUCAMP.          |
| Anatomie. . . . .                           | GILIS.           |
| Opérations et appareils . . . . .           | ESTOR.           |
| Microbiologie . . . . .                     | RODET.           |
| Médecine légale et toxicologie . . . . .    | SARDA.           |
| Clinique des maladies des enfants . . . . . | BAUMEL.          |
| Anatomie pathologique . . . . .             | N...             |
| Id.                                         | Bosc (Ch. du c.) |

*Doyen honoraire* : M. MAIRET (✱).

*Professeurs honoraires* : MM. JAUMES, DUBRUEIL (✱), PAULET (O. ✱)

## Chargés de Cours complémentaires

|                                                  |                      |
|--------------------------------------------------|----------------------|
| Accouchements. . . . .                           | MM. VALLOIS, agrégé. |
| Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées       | BROSSE, agrégé.      |
| Clinique annexe des mal. des vieillards. . . . . | VIRES, agrégé.       |
| Pathologie externe . . . . .                     | DE ROUVILLE, agr.    |
| Pathologie générale . . . . .                    | RAYMOND, agrégé.     |

## Agrégés en exercice

|             |                 |                |
|-------------|-----------------|----------------|
| MM. BROUSSE | MM. DE ROUVILLE | MM. GALAVIELLE |
| RAUZIER     | PUECH           | RAYMOND        |
| LAPEYRE     | VALLOIS         | VIRES          |
| MOITESSIER  | MOURET          | IMBERT         |
| BOSC        | DELEZENNE       | BERTIN-SANS    |

MM. H. GOT, *secrétaire*.

F.-J. BLAISE, *secrétaire honoraire*.

## Examineurs de la Thèse

MM. FORGUE, *président*.  
GRYNFELTT, *professeur*.

MM. LAPEYRE, *agrégé*.  
DELEZENNE, *agrégé*.

---

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

*Faible témoignage de reconnaissance et d'affection.*

A TOUS MES PARENTS

A. MASQUIN.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR FORGUE

*Hommage de profonde reconnaissance.*

A. MASQUIN.

A MES MAITRES

DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER

ET EN PARTICULIER A MON CHER MAITRE

M. LE PROFESSEUR-AGRÉGÉ DELEZENNE

A M. LE DOCTEUR L. BONAMAISON

DIRECTEUR DE L'ÉTABLISSEMENT HYDROTHÉRAPIQUE DE SAINT-DIDIER (VAUCLUSE)

*Témoignage de dévouement.*

A MES AMIS

A. MASQUIN.



Digitized by the Internet Archive  
in 2026

## AVANT-PROPOS

Lorsque nous avons été admis à travailler au laboratoire de physiologie, nous avons l'intention de consacrer notre thèse inaugurale à une étude expérimentale. Dans ce but, nous nous étions appliqué à acquérir la connaissance technique nécessaire, et depuis déjà de longs mois, nous poursuivions la réalisation de notre idée première sur les conseils et sous la direction de notre Maître, M. le professeur-agrégé Delezenne. Des circonstances particulières nous ont empêché de mener ce travail à bonne fin ; mais nous n'y renonçons nullement. Du reste, nous avons pu, à l'école de notre cher Maître, acquérir l'expérience et le jugement si nécessaires à l'exercice de notre profession. Ces qualités nous seront particulièrement utiles à nous, médecin hydrothérapeute ; car, comme l'a si bien dit Fleury : « L'hydrothérapie est la physiologie curative ».

La nature de ce travail ne nous permet pas de le mettre sous le patronage immédiat de notre Maître ; nous sommes, toutefois, heureux de pouvoir lui en faire le modeste hommage, ce sera le premier remerciement pour les nombreuses marques d'intérêt et de sympathie qu'il n'a cessé de nous manifester. En lui, nous avons eu plus qu'un Maître, il a été pour nous un véritable ami ; à ce titre il a bien droit à notre respectueuse affection.

M. le doyen Vialleton nous a prodigué, à l'occasion, les

marques de son estime et de sa bienveillance. Qu'il veuille bien agréer avec nos remerciements nos respectueux hommages.

En acceptant la présidence de notre thèse, M. le professeur Forgue nous a fait un grand honneur. Du reste, ne lui sommes-nous pas redevable de la santé de l'un des membres les plus chers de notre famille ? Que ce Maître éminent veuille donc bien agréer ici l'hommage public de notre reconnaissance.

Enfin, dans notre séjour au laboratoire de physiologie, nous avons trouvé, dans M. le professeur Hédon, un Maître bienveillant ; nous le prions de recevoir nos remerciements sincères.

Merci aussi aux amis qui nous ont encouragé bien souvent, et, en particulier, à celui qui nous a toujours indiqué le droit chemin. Nous ne les oublierons jamais.

## INTRODUCTION

Nous avons eu l'occasion d'observer, l'année dernière, dans le service de M. le professeur Forgue, un malade qui présentait une fistule de la région sacro-coccygienne, à la suite d'un abcès chaud développé insidieusement. En examinant le malade M. Forgue reconnut qu'il s'agissait d'un kyste dermoïde suppuré de la rainure coccygienne. Il enleva une large bande de tissu allant en profondeur jusqu'au squelette, et l'examen de la pièce montra qu'il existait, en effet, chez ce malade, plusieurs infundibula coccygiens avec un kyste dermoïde infecté qui avait donné lieu à une fistule. C'est cette observation, à propos de laquelle il fit une très intéressante leçon clinique, que M. le professeur Forgue a bien voulu nous permettre de reproduire, qui fait le sujet de notre thèse, écrite dans des circonstances trop pressantes, pour que nous ayons pu étudier la question comme nous l'eussions désiré. Aussi, nous bornons-nous à faire une esquisse rapide des fistules congénitales sacro-coccygiennes d'après les observations qui ont été publiées et les discussions qui ont eu lieu à la Société de chirurgie ces dernières années.

Voici le plan de notre travail :

Après avoir relaté l'observation recueillie dans le service de M. le professeur Forgue, nous faisons, dans le premier chapitre, un historique rapide de la question ; dans le second, nous étudions l'anatomie pathologique de ce genre de lésions ; le troi-

sième est consacré à l'étiologie et à la pathogénie ; le chapitre suivant traite de la symptomatologie, du diagnostic et du pronostic et nous terminons enfin par le traitement.

Il nous a paru bon de rapporter à la fin de notre travail quelques observations typiques de ce genre de lésions qui ont permis d'en faire l'étude telle qu'on la comprend aujourd'hui.

---

# CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

## DÉPRESSIONS ET FISTULES

### CONGÉNITALES SACRO-COCCYGIENNES

---

#### Observation

(Inédite)

(Recueillie dans le service de M. le professeur Forgue, par M. le Dr Jeanbrau, chef de Clinique).

Kyste dermoïde suppuré et infundibulum coccygien. — Extirpation complète. Guérison.

Henri B..., cocher, 34 ans, entré le 24 novembre 1898, 11, salle Delpech, pour une fistule de la rainure interfessière.

*Antécédents héréditaires.* — Sans intérêt. Pas de malformation chez ses ascendants.

*Antécédents personnels.* — Rougeole dans son enfance. Pas de stigmates de syphilis ni de tuberculose. Une fièvre typhoïde à 22 ans.

Depuis bientôt deux ans, le malade a eu trois abcès chauds de la rainure interfessière, survenus sans cause apparente ; les deux premiers ont guéri spontanément. Le troisième a donné lieu à une fistule pour laquelle le malade est entré au service en janvier 1898. A ce moment, on constata, à trois centimètres

au-dessus de l'anus, deux orifices fistuleux, dont les bords n'étaient pas saillants, par lesquels il s'écoulait un pus crémeux et fétide. Un poil sortait par l'orifice supérieur. Un stylet introduit montra qu'il s'agissait d'une fistule borgne externe. M. le professeur Forgue porta le diagnostic de kyste dermoïde suppuré et enleva une large bande de tissu comprenant dans son épaisseur le kyste qui contenait une touffe de poils. Suture au crin de Florence, réunion *per primam*.

La guérison fut complète jusqu'à ces derniers temps.

Il y a 8 jours, un nouvel abcès s'est produit à 6 centimètres environ au-dessus de l'anus. Le malade entre au service pour la fistule qui en est résulté.

A l'examen, on constate, dans la rainure interfessière, quatre orifices fistuleux, deux à la partie toute supérieure et qui occupent une cicatrice saillante et violacée. A un centimètre et demi au-dessous, on trouve un orifice qui conduit dans un trajet infundibuliforme ; à un travers de doigt plus bas, en écartant les fesses, on découvre une nouvelle dépression infundibuliforme. Par l'orifice moyen, il sort un poil.

*Opération le 28 novembre 1898.* — Cocaïne ; une double incision de 20 centimètres de hauteur circonscrit toute la région fissurée et va en profondeur jusqu'au coccyx et au sacrum.

M. le professeur Forgue extirpe une bande de tissu comprenant la peau et le tissu adipeux sous-jacent. On curette le fond de la plaie, mettant à nu les ligaments sacro-coccygiens et on enlève aux ciseaux un prolongement fibreux qui s'insère solidement sur le sommet du sacrum et paraît en rapport avec le kyste dermoïde.

On réunit avec soin les lèvres de la plaie par des crins de Florence. 10 centigrammes d'opium pendant 4 jours.

A l'examen de la pièce, on constate que la bande de tissu enlevée comprenait dans son épaisseur une petite poche, ouverte à l'extérieur par l'infundibulum supérieur, à parois

épaisses, scléreuses, inégales, recouvertes en dedans par des fongosités suppurantes, et contenant une petite touffe de poils courts et parallèles, sans autres tissus ou organes. En plein tissu adipeux, au-dessous, en regard d'un infundibulum coccygien, la section découvre une touffe de poils plus petite, mais complètement enkystée, et n'ayant pas provoqué de fistule.

On enlève les fils le dixième jour. Réunion par première intention. La cicatrice est parfaite, solide, non douloureuse. Un examen attentif est nécessaire pour en découvrir l'existence.

---

## CHAPITRE PREMIER

### DÉFINITION ET HISTORIQUE

On comprend sous le nom de dépressions et de fistules sacro-coccygiennes les dépressions et fistules congénitales, occupant les téguments qui recouvrent le sacrum et le coccyx, jusqu'au voisinage de l'anus (Walther). On les appelle encore fistules congénitales paravertébrales inférieures (Lannelongue).

C'est dans la seconde moitié de ce siècle que l'existence de ce genre de lésion a été reconnue, et le premier travail consacré à cette question est la communication écrite faite à la Société de chirurgie par Kuhn, le 6 août 1867. Après avoir étudié le spinabifida et l'hydromyélomèle, l'auteur parlant des dépressions infundibuliformes de la région sacrée s'exprime ainsi: « L'on rencontre chez beaucoup de sujets, et notamment » chez la plupart de ceux qui naissent avec des difformités » musculaires des membres inférieurs, une *dépression infundibuliforme*, espèce de *cicatrice en cul de poule*, quelquefois » très profonde, toujours intérieurement adhérente aux tissus » fibreux de la colonne, et se continuant avec la membrane » qui revêt l'orifice inférieur du canal vertébral. Elle est toujours située sur la ligne médiane, vers le niveau de l'articulation sacro-coccygienne (un peu plus haut ou un peu plus bas).

» La conformation singulière de cette cicatrice et son » adhérence avec les tissus qui bouchent l'orifice inférieur du » canal vertébral permettent de supposer qu'elle est la trace

» d'une ancienne *hydrorachis périphérique* des premiers temps  
» de la vie embryonnaire, ouverte accidentellement, et puis  
» cicatrisée.

» Cette disposition est très fréquente ; je l'ai rencontrée  
» une fois sur quatre ou cinq individus. Dans les établis-  
» ments orthopédiques, elle se rencontre une fois sur trois ». Kuhn ajoutait qu'il considérait ces difformités comme des vestiges d'anciennes *hydrorachis périphériques*.

En 1874, Desprès indiqua à la Société Anatomique, à propos d'un kyste de la région ano-coccygienne, l'existence constante chez les nouveau-nés d'une fossette médiane, à 2 ou 3 millimètres en arrière de l'anus. Il en conclut que la cause était due à une inclusion de la peau pendant la vie embryonnaire.

La question fit un pas de plus avec Lawson Tait qui, au Congrès pour l'avancement des sciences, tenu à Dublin, en 1877, communiqua des observations personnelles ayant trait à des individus présentant, dans la partie supérieure de la rainure fessière, une dépression dont il attribuait l'existence à « l'atrophie cicatricielle de la queue dont l'homme a pu être pourvu à une époque reculée ».

Jusqu'à la thèse de Peyramaure-Duverdier, élève de Lannelongue, soutenue en 1882, la question ne s'augmente pas d'observations nouvelles. Toutefois, M. Ballet ayant communiqué à la Société anatomique un cas de kyste ano-coccygien, M. Féré établit une analogie anatomique et une relation étiologique entre ces tumeurs complexes et les fistules borgnes qui se développent si souvent dans cette région.

Dans sa thèse sur les tumeurs de l'extrémité inférieure du tronc, M. Molk (Strasbourg, 1868) ne parle de ces dépressions que pour nier la fréquence indiquée par Kuhn et passe sous silence leur pathogénie.

Mais ce sont les faits rapportés à la Société de chirurgie en

1882 et les discussions dont ils ont été les points de départ qui ont le plus contribué à faire connaître ce genre de difformité. Terrillon, à la séance du 25 janvier, apporta trois observations de fistule congénitale de la région lombo-sacrée (deux hommes et une femme). MM. Monod, Guéniot, Chauvel, Polailon, Pozzi, Desprès, prirent part à la discussion et rapportèrent des faits personnels. Guéniot, à propos de la pathogénie de ces dépressions, rapprocha les fissures congénitales sacro-coccygiennes des cas où il existe, dans la même région, « soit un faisceau de poils, soit un appendice, soit une exubérance cutanée ».

Chauvel rapporta qu'il avait deux fois rencontré, en plus des poils, un véritable appendice caudal.

Deux mois plus tard, la Société revint sur cette question à propos d'un travail envoyé par M. Heurtaux (de Nantes) et intitulé : « Infundibulum coccygien, fistule paracoccygienne ». Cet auteur basait son mémoire sur 6 observations personnelles dans lesquelles on trouve les différents types anatomiques de l'affection qui nous occupe. M. Lannelongue dans la même séance lut un mémoire sur les fistules et dépressions paravertébrales inférieures et relata une observation de kyste dermoïde de la région sacro-coccygienne.

Tous ces faits furent alors repris dans la thèse de M. Couraud, qui, en 1883, fit un excellent travail d'ensemble sur ce sujet. Depuis cette époque, les faits se sont multipliés (Terrillon, Desprès, Schwartz, Tapie,) sans apporter des notions nouvelles sur la question que l'embryologie a permis de bien comprendre dans toutes ses variétés anatomiques et cliniques. Et à ce point de vue nous devons citer le remarquable travail de Tourneux et Hermann sur la *persistance des vestiges médullaires coccygiens*, par lesquels ces auteurs expliquèrent parfaitement la production des infundibula. M. Kirmisson, dans son *Traité sur les maladies congénitales*, accepte entièrement leur théorie, admise aujourd'hui par tous les auteurs.

## CHAPITRE II

### ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Nous adopterons donc la classification de Walther, et nous décrirons successivement :

La simple dépression ou infundibulum ;

La fistule vraie ;

La fistule avec kyste dermoïde.

Les dépressions de la région sacro-coccygienne ne sont que le premier degré de la fistule. Elles n'ont qu'un intérêt médiocre en pathologie et ne doivent nous retenir que parce qu'elles nous expliquent le mode de formation des fistules.

Elles sont beaucoup plus fréquentes que ces dernières. Il est facile de s'en convaincre si, avec Lannelongue et Kuhn, on fait méthodiquement l'examen du sillon interfessier. Kuhn a ainsi rencontré des dépressions en cul de poule une fois sur 4 ou 5 cas ; et Lannelongue est arrivé à une proportion bien plus considérable, jusqu'à 70 0/0.

Ce dernier auteur signale même une cause d'erreur qu'il est facile d'éviter et qui augmenterait encore cette proportion déjà si considérable ; c'est qu'on ne doit considérer comme vraiment pathologiques que les dépressions bien marquées et visibles, sans s'arrêter à des détails minimes, qui surchargeraient inutilement les statistiques, faisant ainsi de l'affection une disposition presque normale.

Ces dépressions siègent le plus souvent le long de la rainure

interfessière, et leur aspect est varié. Le plus souvent, ce sont des fossettes arrondies, en godet, véritables infundibula, au niveau desquels la peau reste normale. Les bords sont ordinairement radiés, sauf dans la circonférence inférieure qui forme quelquefois une véritable bride jetée entre les deux fesses. Les observations ne sont nullement concordantes au point de vue des relations avec les plans sous-jacents. MM. Lannelongue, Duverdier, Couraud ont rencontré des dépressions mobiles en tous sens ; ils en ont vu d'autres dont le fond était relié aux parties profondes par de véritables tractus celluloux qui leur enlevaient toute mobilité. Elles n'ont, d'ailleurs, aucun intérêt pratique, et aucun auteur ne les a signalées comme siège de complications d'ordre pathologique.

Les fistules sont un degré plus avancé de la disposition précédente. Walther les divise en : 1<sup>o</sup> fistules simples ; 2<sup>o</sup> fistules plus complètes, avec 3<sup>o</sup> abcès périphériques ; 4<sup>o</sup> avec kyste dermoïde. Cette division, empruntée à Couraud, est, selon nous, artificielle. On peut, au point de vue anatomique, ne conserver que deux de ces chapitres ; aussi décrirons-nous la fistule simple et celle qui se complique de kyste dermoïde.

La fistule simple est peut-être la seule qui soit réellement d'origine congénitale. Simple invagination de la peau, elle a, en général, les mêmes lieux d'élection que l'infundibulum. Elle est borgne externe ; son trajet est toujours unique.

L'orifice cutané est typique, et ses caractères sont suffisants pour qu'à première vue, on puisse souvent séparer les fistules paracoccygiennes de celles qui succèdent aux affections de l'anus et du rectum. Il est souvent en entonnoir, très évasé, présentant des plis circulaires ; on n'y rencontre jamais des bourgeons charnus ou fongueux périphériques ; ils ne se développent que consécutivement à l'inflammation du trajet, et même, dans ce dernier cas, leur constatation n'est pas de règle. La peau qui limite l'orifice est donc classiquement saine.

Certains auteurs, Lannelongue, Heurtaux, ont constaté à son niveau que souvent il y a hypertrophie ou abondance anormale de poils follets de la région où, comme corollaire, on voit alors les papilles cutanées hypertrophiées.

Ainsi limité, l'orifice est toujours d'accès facile. Il admet aisément le bec de la sonde cannelée ou un stylet de volume moyen. Sa largeur, établie sur les nombreuses observations publiées ces dernières années, est de 1 à 4 millimètres. Heurtaux signale des orifices très fins, véritables pertuis punctiformes, semblables à l'ouverture des glandes sébacées. On peut se demander s'il s'agit, dans ces derniers cas, de véritables fistules cutanées ou bien de petits kystes formés par rétention du sébum dans une glande de la région interfessière.

Le trajet, comme l'enseigne la pathogénie, doit être le plus souvent simple. Sa direction est rectiligne, sans sinuosités, sans ces clapiers si fréquents dans les fistules de la région anale. Quand on trouve plusieurs orifices, ils se branchent tous sur le même trajet et sont dus à des abcès à répétition formés à différentes époques, comme le démontre l'interrogatoire serré des malades.

La longueur de ce doigt de gant cutané est variable. Il suit, avons-nous dit, d'assez près la face postérieure du coccyx ; on en a rencontré ayant à peine 5 à 6 millimètres de longueur, bien que certains atteignent, comme dans notre cas, une longueur de 3 à 4 centimètres. Heurtaux en a cité qui avaient jusqu'à 5 et 6 centimètres. Il se termine en cul-de-sac et ne rencontre jamais de clapier suppurant.

Mais quand la fistule est arrivée à suppurer par rétention de déchets épithéliaux, le fond du couloir est transformé en clapier suppurant ; celui-ci est la règle quand un kyste dermoïde de la région s'est fistulisé.

Un point intéressant et que nous avons déjà signalé pour les simples dépressions de la région paracoccygienne, c'est que le

fond de la fistule simple est habituellement fixé. Du cul-de-sac, partent des tractus cellulaires vus et disséqués par Duverdier et Heurtaux, qui le rattachent aux parties profondes, souvent au coccyx ou au sacrum et qui enlève toute mobilité aux parties profondes de l'infundibulum.

Lannelongue n'admet pas ce mode d'union de la fistule au squelette. Son opinion, basée sur les dissections de trois trajets fistuleux qui semblaient adhérents aux os, est très catégorique. Pour lui, l'invagination cutanée est libre dans toute son étendue. Ce sont des tractus latéraux qui, émanant du sacrum le long des attaches du grand fessier pour se terminer à la face profonde de la peau de chaque côté de la ligne médiane, donnent à la fistule une immobilité à peu près complète.

Nous basant sur des dissections plus attentives de Terrillon, de Féré, qui a vu « la peau du fond de l'entonnoir adhérente à la partie inférieure du sacrum et à la base du coccyx par des brides fibreuses, épaisses, courtes et résistantes », nous admettons avec la majorité des classiques, que l'opinion de Lannelongue doit être réservée pour les observations analogues à celles de cet auteur qui n'a étudié que « trois cas d'infundibulum de 1 à 2 millimètres de profondeur ».

A côté de ce schème que l'on peut dire basé sur la pathogénie, on trouve souvent des fistules sans kyste dermoïde plus ou moins modifiées.

Leur nombre peut varier. Il est presque courant d'en trouver plusieurs ; mais leur disposition seule suffit à nous expliquer quelle est leur origine. Sur un trajet primitif, de longueur variable, siégeant dans la rainure fessière, fistule première, se branchent des trajets secondaires, communiquant au dehors qui simulent ainsi des fistules complètes. On trouve alors superposés 2, 3 et jusqu'à 5 trajets, étagés sur la ligne médiane, quelquefois latéraux. Chacune de ces fistules est-elle d'origine congénitale ? Nous ne saurions l'admettre, et voici, selon nous, quelle en est la pathogénie.

La fistule telle que nous la comprenons est unique. Son trajet est de longueur différente mais peut atteindre (Heurtaux) de 2 à 5 centimètres. Dans ce long cul-de-sac s'amassent des débris, des déchets épidermiques venus des parois. Ceux-ci macèrent le trajet fistuleux que rien ne balaye. Qu'une infection banale se montre, et nous assisterons à la formation d'une collection qui, véritable abcès par rétention, obturera l'orifice fistuleux. Son ouverture spontanée se fera le plus souvent seule et se fistulisera. Mais l'infection installée, l'asepsie de la fistule ne saurait se réaliser et on assistera à la formation successive d'abcès qui créeront autant de fistules, toutes branchées sur le canal principal.

L'interrogatoire du malade fournira un appoint sérieux à cette théorie. Il était porteur d'une fistule congénitale à son insu, mais il accusera très nettement des abcès de la rainure fessière, survenus à des époques variables, ordinairement de plus en plus rapprochées.

Voilà comment il faut expliquer, selon nous, ces fistules étagées, dont une seule, la plus longue, est vraiment congénitale ; voilà comment s'expliquent aussi ces couronnes de fongosités que l'on trouve quelquefois autour de certains orifices fistuleux congénitaux, que la pathogénie nous enseigne ne devoir pas exister.

Il reste maintenant la troisième variété, les fistules paracoccygiennes avec kyste dermoïde. C'est à l'une d'entre elles que se rapporte notre observation personnelle. Avant d'aborder leur étude anatomique, il nous faut dire un mot de leur origine réelle.

Tous les auteurs qui se sont occupés de la question semblent admettre qu'elles sont, comme les variétés précédentes, d'origine congénitale. Nous pensons qu'il faut modifier l'opinion classique et nous les considérerons comme consécutives le plus souvent aux inflammations des kystes dermoïdes de la région

ano-coccygienne. Ces kystes, ordinairement de petit volume, passent souvent inaperçus. Ils ne se révèlent que lorsque, sous l'influence d'une cause locale, ils s'infectent et suppurent. Leur ouverture est suivie de la formation de fistules qui offrent, comme nous allons le voir, les caractères généraux des fistules symptomatiques.

L'orifice en a, d'ailleurs, les caractères. Il n'est pas rare de le trouver entouré d'une collerette de bourgeons charnus. Heurtaux a signalé un cas de ces fistules avec ouverture « rougeâtre, pourvue de bourgeons charnus fongueux » ; mais, le plus souvent, la peau est rouge, luisante, constamment irritée par le pus qui s'écoule de l'orifice. La fistule qui nous intéresse avait ces caractères. L'incision faite, on ouvrit largement le trajet et on put voir qu'il était constitué par une série de bourgeons charnus formant une paroi inégale, tomenteuse, suppurante. A la partie supérieure du trajet existaient quelques points noirs, longs et soyeux, couchés dans la lumière du conduit, implantés dans un infundibulum d'une largeur supérieure à ce dernier. Si nous nous rapportons à l'histoire clinique du malade, nous voyons qu'il avait eu des abcès dans le pli interfessier. Ce n'est qu'après leur évolution que le malade s'est aperçu qu'il était porteur de fistules qui le décidèrent à une intervention radicale. Quelle est donc la filière des accidents ? Un kyste dermoïde suppuré donne naissance à une fistule qu'entretiennent les débris épidermiques non éliminés par l'inflammation. Comme il arrive souvent en pareil cas, l'orifice ou le trajet s'oblitérent et on assiste à une deuxième poussée inflammatoire qui donne naissance à un nouveau trajet.

L'hypothèse de l'origine secondaire acquise des fistules avec kyste dermoïde nous semble encore mieux démontrée par l'examen des observations multiples, qu'on retrouve dans les différents mémoires. Sur cinq observations de Heurtaux, nous

voyons qu'il existait des orifices fistuleux multiples, branchés chacun, comme c'est la règle, sur le canal principal qui conduisait au kyste. Or chacun de ces malades avait eu à plusieurs reprises des abcès dans le pli des fesses. Une jeune fille, entre autres, qui avait ainsi quatre orifices fistuleux, souffrait depuis longtemps d'abcès qu'elle ouvrait elle-même et qui se fistulisaient tous. Un professeur de lycée, une jeune femme de trente ans, un prêtre, tous malades de Heurtaux, avaient des accidents analogues. Ils étaient porteurs de plusieurs fistules qui communiquaient toutes entre elles. On pourrait analyser aussi les cas de Féré, de Kuhn, et cet examen, comme d'ailleurs celui de notre malade, donnent une certaine valeur à l'hypothèse que nous émettions plus haut.

Est-ce à dire que toutes les fistules paracoccygiennes avec kyste dermoïde soient consécutives à l'inflammation de ces derniers ? Certains auteurs, et Walther avec eux, admettent qu'elles sont toujours congénitales. C'est là, nous l'avons vu, une opinion contestable. Mais nous admettons cependant qu'il existe des fistules de ce groupe qui sont d'origine congénitale, quoique le nombre doive en être fortement réduit.

C'est ainsi que notre malade avait manifestement des fistules consécutives à l'inflammation d'un kyste dermoïde para-coccygien, fistule banale, sans caractère, conduisant à la cavité suppurante kystique. Mais, au-dessous, il existait un orifice par lequel sortait un poil, conduisant dans une partie élargie en cul-de-sac, où se trouvaient, plus nombreux, de longs poils soyeux formant pinceau dans la lumière du trajet. C'est ainsi que Heurtaux, explorant une fistule para-coccygienne, trouva dans le fond une masse de poils enroulés formant presque tumeur. Il s'agit là, fort probablement, de formation kystique non oblitérée pendant la vie intra-utérine, ordinairement de petit volume, et à vitalité peu active, véritables petites poches, dilatées à leur fond et s'ouvrant en dehors par un orifice

étroit. Mais les cas de ce genre sont sûrement rares, comme le montre la seule pathogénie de l'affection. Pour qu'ils soient absolument indiscutables, il faut, selon nous, qu'à aucun instant le malade n'ait eu de ces abcès en série qu'explique, on le sait, l'inflammation du kyste seul.

Résumant ces notions sur les fistules avec kystes dermoïdes, nous dirons que, le plus souvent symptomatiques, elles sont quelquefois congénitales. Symptomatiques, elles sont constituées par des orifices entourés de bourgeons fongueux, avec un trajet suppurant, tomenteux qui conduit à la cavité du kyste où se retrouvent des débris épithéliaux divers surtout formés par des poils. Congénitales, elles sont le plus souvent borgnes externes, comme l'enseigne leur origine. Leur orifice est simple, en entonnoir, évasé, bordé par de la peau d'aspect et de consistance normaux. Ce sont des kystes dermoïdes communiquant en dehors, comme si la cavité n'avait pas eu le temps de se clore pendant la vie fœtale.

Elles sont, par suite, toujours adhérentes au squelette, principalement au coccyx, quelquefois au sacrum.

Telles sont les particularités anatomiques de ces fistules para-coccygiennes.

Leur pathogénie nous en donnera de suite la structure histologique. Simple invagination cutanée, elles ont des caractères histologiques en rapport avec leur origine. Leur structure est celle de la peau de la région ; seules, les couches cornées, constamment imbibées par les produits de sécrétion qui lubrifient le conduit, sont macérées et détruites au fur et à mesure de leur production.

Aussi rencontre-t-on dans la lumière de pareilles formations un nombre considérable de cadavres cellulaires difficilement expulsés au dehors. Leur accumulation joue un rôle con-

sidérable dans l'évolution de la fistule. Communiquant largement au dehors et situées dans une des régions où la flore microbienne est des plus riches et des plus virulentes, elles formeront de vrais milieux de culture pour les germes banaux qui pulluleront comme à plaisir dans ce magma cellulaire.

---

## CHAPITRE III

### ETIOLOGIE ET PATHOGÉNIE

*Les infundibula coccygiens* sont relativement fréquents. Mais, pour avoir une appréciation exacte sur cette fréquence, il faut examiner un très grand nombre d'individus des deux sexes et de tous les âges. M. Heurtaux trouve sur 960 sujets examinés au hasard (670 hommes et 290 femmes atteints de maladies vénériennes ou d'affections diverses de l'anus et du rectum) 42 fois des vestiges plus ou moins marqués d'une malformation sacro-coccygienne. Sur ces 42 cas, qui donnent comme proportion 1 cas sur 23 sujets, il y avait 29 hommes et 13 femmes.

Mais il y a lieu d'ajouter qu'il existait des différences très marquées. Dans 27 cas seulement, il existait réellement un infundibulum dans lequel pouvait pénétrer un stylet. Dans les autres cas, il y avait seulement une dépression à bords évasés dont le fond était complètement fermé.

Lannelongue donne des chiffres très différents : sur 130 cas examinés, cet auteur a noté 95 fois « l'existence d'une dépression, d'un infundibulum, ou même d'une petite fistule ». Cela fait par conséquent les quatre cinquièmes de cas, dans lesquels l'examen du sillon interfessier montre la permanence d'une difformité congénitale.

Les fistules paracoccygiennes sont plus fréquentes, si on

range sous ce titre toutes celles qui sont dues à la suppuration des kystes dermoïdes et à la rétention de matière sébacée dans des infundibula qui s'infectent ensuite. Heurtaux a rapporté six exemples très nets de cette dernière variété.

L'hérédité joue ici le rôle qu'on lui attribue dans toutes les affections congénitales. Elle constitue le seul élément étiologique connu.

### PATHOGÉNIE

Comment se produisent ces malformations sacro-coccygiennes ?

Il faut, pour expliquer leur mécanisme de formation, rappeler en quelques mots, tout d'abord l'anatomie de la région chez l'adulte, ensuite le processus de développement embryonnaire qui aboutit à constituer normalement la région sacro-coccygienne. De ces données anatomiques et embryologiques, nous pourrions tirer des arguments pour infirmer ou défendre les théories que les auteurs ont soutenues dans le but d'expliquer l'existence des infundibula et des fistules congénitales paravertébrales inférieures.

#### A) ANATOMIE NORMALE DE LA RÉGION SACRO-COCYGIENNE

Si l'on dissèque cette région chez un adulte, au seul point de vue qui nous occupe, on trouve que la couche adipeuse qui est très épaisse sur chaque côté de la rainure interfessière, devient très mince à son niveau, et que la face profonde du derme est intimement soudée par une mince couche de tissu fibro-conjonctif très dense à la crête sacro-coccygienne. Sur une coupe sagittale médiane, le derme est plus épais, le pannicule adipeux est très réduit, les adhérences sont extrêmement solides.

Au contraire, sur les parties latérales, des tractus fibreux allongés réunissent la peau aux tubercules sacrés, ces trousseaux conjonctifs sont indépendants des insertions tendineuses du grand fessier.

Il suit de cette disposition anatomique, caractérisée en somme par l'inégalité d'épaisseur du pannicule adipeux, et des divers degrés d'adhérence du derme au périoste suivant les points, que les infundibula et les fistules n'existeront guère que dans les points où il y aura des adhérences faibles et que celles-ci sont, pour ainsi dire, des conditions nécessaires à leur existence. Aussi, la dissection de la région chez un enfant atteint de ces difformités nous montre-t-elle (Lannelongue et Duverdier) que, au niveau des infundibula, la couche sous-dermique est plus lâche que normalement. Tout autour, le tissu cellulaire se surcharge de graisse, ce qui augmente encore la dépression de ces fossettes par la saillie de leur ouverture cutanée.

## B) DÉVELOPPEMENT DE LA RÉGION ET DÉDUCTIONS TÉRATOGENIQUES

Chez l'embryon, l'ectoderme se déprime pour former une gouttière qui est la gouttière médullaire ; cette gouttière médullaire se transformera bientôt en un tube, le tube médullaire, qui donnera naissance à la moelle. Les parois de la gouttière médullaire sont constituées par deux lames superposées, par suite du dédoublement de l'ectoderme ; l'une, profonde, la lame médullaire, en se réunissant avec celle du côté opposé, fermera la gouttière et la transformera en tube ; l'autre, superficielle, la lame dorsale, en se soudant à la lame semblable de l'autre moitié du corps, constituera l'épiderme de la peau dorsale. Plus tard, entre la gouttière médullaire qui sera ainsi devenue indépendante et l'ectoderme, le mésoderme s'épaissira

et se clivera pour former les protovertèbres, les muscles des gouttières vertébrales, le derme de la peau du dos.

On conçoit que, si la réunion des lames médullaires et des lames dorsales ne se produit pas, il s'ensuivra une fissure des arcs vertébraux et de la peau qui les recouvre; par cette fente, la moelle et ses enveloppes feront hernie, donnant lieu à des malformations diverses, qui varient suivant les cas. C'est la difformité congénitale à laquelle on donne le nom de *spina-bifida* ou d'*hydrorachis*.

*On comprend aussi que, dans la dépression du feuillet externe, pour aller former le tube médullaire, un pli de l'ectoderme soit pincé en plein mésoderme : suivant que ce pli ectodermique ainsi enclavé dans le feuillet moyen sera plus ou moins prononcé, plus ou moins pénétrant en profondeur, on aura toute une série de lésions congénitales en puissance, allant de la simple dépression coccygienne à la grosse tumeur sacro-coccygienne, si, comme cela est habituel, l'enclavement du feuillet externe s'est fait à la partie inférieure du corps.*

Cette théorie de l'invagination d'une petite partie de l'ectoderme dans le mésoderme au cours du développement a été émise et soutenue, pour la première fois et en France, par le professeur Lannelongue. Reprise par MM. Tourneux et Hermann, en 1887, ces auteurs ont montré le rôle que joue la persistance des *vestiges médullaires coccygiens* dans les difformités paravertébrales inférieures. Ces vestiges coccygiens s'insérant à la face profonde de la peau s'opposent à son déplacement et favorisent son pincement. Admise, à l'heure actuelle, par tous les auteurs parce qu'elle est basée sur la connaissance exacte des faits embryogéniques, elle a ruiné complètement les hypothèses que d'autres auteurs avaient voulu ériger, sans preuves anatomiques, en théories pathogéniques.

Ces théories étaient au nombre de trois. Nous allons les rappler rapidement pour en montrer l'in vraisemblance :

1° THÉORIE DE LAWSON TAIT : *Les malformations sacro-coccygiennes sont les vestiges de l'appendice caudal de l'homme primitif.* — A l'appui de sa théorie, Lawson Tait citait les exemples de tumeurs caudiformes de la partie inférieure du tronc. Mais, dans la structure de ces difformités, on n'a pas trouvé les divers tissus qui constituent normalement la queue des animaux. Il n'y avait ni squelette osseux ou cartilagineux, ni fibres musculaires; de plus, la tumeur ne se continuait pas nettement avec la dernière vertèbre coccygienne, comme cela devrait exister, s'il y avait simplement persistance des 34<sup>me</sup>, 35<sup>me</sup>, 36<sup>me</sup>, 37<sup>me</sup> et 38<sup>me</sup> vertèbres qui existent normalement chez l'embryon de cinq semaines.

Un autre argument, d'ordre général, peut encore être opposé à l'exactitude de cette théorie. Faut-il expliquer les difformités congénitales (doigts et orteils supplémentaires, syndactylie, etc.) par leur existence constante chez l'homme ancestral ?

2° THÉORIE DE KUHN : *La cause de ces malformations repose dans un hydrorachis de la vie embryonnaire.* — Cette conception n'a pour elle aucune preuve; elle est toute hypothétique. Comment penser, en effet, que le spina-bifida, si rare dans la région sacro-coccygienne chez le nouveau-né, se produise avec une fréquence si grande chez l'embryon ? De plus, pourquoi ne trouve-t-on pas chez les individus atteints de fissures interfessières de défaut de réunion vertébrale au niveau du coccyx et du sacrum ?

3° THÉORIE DE FÉRÉ : *Les fistules coccygiennes représentent les derniers restes de l'ombilic postérieur.* — « L'existence de » l'infundibulum sacro coccygien lui-même, ou de la fossette » beaucoup plus fréquente, peut être rattachée, dit M. Féré, à la » fermeture du canal rachidien, à la formation de l'ombilic » postérieur sur la position exacte duquel on n'est bien fixé » jusqu'à présent. Dans cette *hypothèse*, cette fossette aurait » des liens de parenté avec les spina-bifida plus ou moins com-

» plets que l'on observe à la région inférieure de la colonne » vertébrale ». M. Féré le dit lui-même : il ne s'agit, ici, que d'une hypothèse ; et on ne conçoit guère, comme le dit Duverdier, l'existence d'un ombilic par lequel il ne passe aucun organe pendant la vie embryonnaire.

On voit donc que cette variété de difformité congénitale, les infundibula, les fistules et les kystes dermoïdes sacro-coccygiens, si fréquents lorsqu'on en recherche l'existence, sont dus à une « erreur » d'évolution des feuilletts blastodermiques dans une région au niveau de laquelle toutes les conditions qui favorisent la production embryogénique de la difformité se trouvent réalisées. La théorie de l'enclavement de l'ectoderme, qui permet d'expliquer les kystes dermoïdes des différentes régions du corps qui sont le siège d'une segmentation compliquée (fentes branchiales, ovaires, etc.), nous donne la clef du mode d'origine de ces difformités. Cette théorie, soutenue par Lannelongue et défendue par ses élèves, Duverdier et Couillaut, est d'ailleurs vérifiée par la structure des parois des infundibula et des fistules. Nous n'avons pas eu, malheureusement, le temps de nous procurer la description histologique des pièces enlevées par M. le professeur Forgeue ; mais la lecture des analyses qui ont été publiées, en montrant qu'il s'agit de simples invaginations cutanées pénétrant plus ou moins profondément jusqu'à adhérer même au coccyx, suffit pour entraîner la conviction :

---

## CHAPITRE IV

### SIGNES ET DIAGNOSTIC

Les malformations ne traduisent leur existence par aucun symptôme, lorsqu'elles ne sont pas le siège d'accidents inflammatoires. Il est nécessaire d'examiner attentivement la région sacrée pour les découvrir, en effaçant le sillon interfessier. On voit alors que l'infundibulum coccygien est une dépression de la peau, arrondie ou ovalaire, de faibles dimensions, le plus souvent située à 1 centimètre et demi environ en arrière de la pointe du coccyx, sur la ligne médiane. A ce niveau, la peau est normale, elle a sa couleur, sa souplesse habituelles, et ne présente pas de traces cicatricielles ; sa mobilité est moins marquée que chez les sujets bien constitués.

La longueur de ces trajets varie suivant les cas, elle peut ne pas dépasser 2 ou 3 millimètres ou atteindre près d'un centimètre. Leur forme et leur divers caractères anatomiques ont été étudiés précédemment. Nous dirons seulement ici que lorsque l'orifice est plus petit que la cavité dans laquelle il conduit, la rétention des produits, due à la sécrétion sébacée et à l'exfoliation épidermique, peut s'observer.

Ces infundibula sont souvent multiples ; dans un très grand nombre de cas, ils coïncident avec un kyste dermoïde qui n'est pas un degré anatomique plus complexe de la difformité. On voit alors, comme notre observation en offre un exemple, un

poil sortir par l'orifice infundibulaire qui fait communiquer le kyste dermoïde avec l'extérieur.

La complication la plus fréquente des infundibula coccygiens, la seule qui donne de l'intérêt clinique à cette lésion, est l'apparition d'abcès à répétition et la formation de *fistules* ; celles-ci ont les caractères habituels des fistules simples de la région et présente à examiner un orifice infundibulaire, un orifice adventice, un trajet intermédiaire. La filiation des accidents est simple. Par suite d'une infection staphylococcique ou autre, que vient favoriser encore la rétention des produits cellulaires dans le cul-de-sac cutané, les parois de celui-ci s'enflamment et suppurent. Une fistule se produit, comme cela a lieu à la suite des abcès de la marge de l'anus. L'infection cantonnée dans un trajet abrité, donne lieu à une suppuration permanente.

L'écoulement de pus est tantôt continue, tantôt intermittent. Il est exceptionnel que d'autres accidents viennent compliquer la suppuration de ces lésions congénitales.

Dans un cas rapporté par M. Kirmisson, il existe, au moment de la naissance, au-dessus et au-dessous de l'infundibulum, une large ulcération de la peau. L'orifice était creusé en cul de poule, avec des bords mous et plissés, d'aspect conforme aux difformités que nous étudions. La théorie des vestiges médullaires était évidemment insuffisante pour expliquer ces ulcérations cutanées. Mais il y avait eu peut-être, dit M. Kirmisson, des adhérences anormales du fœtus à ses enveloppes, et ces adhérences, en se déchirant, avaient provoqué les ulcérations qui entouraient l'orifice fistuleux.

Quelle est la destinée de ces infundibula et fistules paracoccygiens ? Ceux qui sont peu marqués finissent par disparaître au cours du développement de l'individu. C'est pour cela que ces lésions, si fréquentes chez les jeunes enfants, deviennent exceptionnelles chez l'adulte. Les fistules, comme les kystes

dermoïdes, peuvent persister sans donner lieu à aucun accident inflammatoire et restent inaperçues. Dans les autres cas, l'infection du trajet donne lieu à une intervention qui supprime définitivement la difformité.

## DIAGNOSTIC

Pour le médecin non prévenu de l'existence de ces dépressions congénitales, une erreur de diagnostic est possible au point de vue de la nature de la lésion. Il est extrêmement facile de préciser l'origine des infundibula, lorsqu'on sait leur fréquence au niveau de la région sacro-coccygienne.

Quant aux fistules, l'exploration de leurs orifices et leur trajet permettra d'éliminer les diverses hypothèses que l'on doit émettre en présence de pareilles lésions. Elles sont toujours situées sur la ligne médiane et ne dénudent jamais les os. On éliminera ainsi les fistules ostéopathiques et les fistules anales borgnes externes. Les caractères de l'orifice qui s'ouvre à fleur de peau, et non sur un tubercule enflammé et bourgeonnant, qui est entouré de tissus souples et mobiles, seront des éléments de diagnostic différentiel suffisants dans la plupart des cas. Il faudra toujours soupçonner la présence d'un petit kyste dermoïde dans l'épaisseur des tissus; chez le malade dont nous rapportons l'observation, il en existait plusieurs qui furent enlevés par M. le professeur Forgue au cours de ses deux interventions.

Le *pronostic* de ces lésions est bénin et la lecture des observations montre qu'elles n'ont jamais donné lieu à des accidents sérieux.

## CHAPITRE V

### TRAITEMENT

Nous serons bref sur la question du traitement.

Les infundibula et les dépressions simples ne nécessitent, en dehors des règles de l'hygiène, aucun soin particulier, puisque la plupart des malades en ignorent même l'existence.

Lorsqu'ils donnent lieu à du suintement ou à des démangeaisons, la cautérisation au thermo est un excellent moyen de supprimer ces symptômes, en provoquant l'obturation cicatricielle de ces fissures.

Les fistules congénitales suppurées étaient traitées, il y a quelques années encore, par les cautérisations au chlorure de zinc. M. Desprès, en 1889, à la Société de chirurgie, s'en montrait encore partisan, et MM. Féré, Heurtaux, Terrillon, Polailon, etc., ont communiqué des cas où les caustiques ont suffi à guérir la suppuration, « en détruisant la membrane interne ». A l'heure actuelle, on emploie le bistouri et on enlève complètement la portion de peau au niveau de laquelle il existe des dépressions ou des fistules infectées. On peut suturer les lèvres de la perte de substance et obtenir la réunion par première intention.

L'affection est ainsi radicalement guérie et il n'existe plus de chances de récurrence lorsque l'intervention a été suffisante. Pour le malade dont nous rapportons l'observation, nous avons

vu M. le professeur Forgue enlever une bande de peau large de 2 centimètres environ, qui représentait toute la rainure interfessière jusqu'à 3 centimètres au-dessus de l'anus. M. Forgue fit même l'ablation des tissus fibreux jusqu'au coccyx. En quelques jours la cicatrisation était complète. L'ablation large, faite de cette façon, résume le traitement des fistules et des kystes dermoïdes coccygiens.

---

## OBSERVATIONS

1° *Observations dans lesquelles la dépression naît à l'origine de la rainure. Vingt-huit sujets portent de telles dépressions.*

OBSERVATION PREMIÈRE (Lannelongue). — N° 4, salle Denonvilliers, garçon de 7 ans. A son origine la rainure fessière se déprime en formant une fossette allongée, qui s'accroît lorsqu'on tire sur la peau ; au-dessous de cette fossette, entre elle et l'anus, on trouve une saillie de forme arrondie, qui va transversalement d'une fesse à l'autre.

OBS. II (Lannelongue). — N° 12, salle Lugol, garçon de 2 ans. Fossette considérable placée à l'origine de la rainure ; cette fossette profonde, allongée, mesure environ 1 centimètre de long ; le sillon qui lui succède et se dirige en bas vers l'anus est beaucoup moins profond qu'elle.

2° *Observations dans lesquelles la dépression siège au point correspondant à l'articulation sacro-coccygienne. Quarante sujets ont été trouvés porteurs d'une dépression semblable.*

OBS. III (Lannelongue). — N° 13, salle Denonvilliers, garçon de 8 ans. La grande rainure fessière naît par des petits sillons, qui, en haut, se perdent sur la peau voisine et, en bas, convergent en éventail pour venir se réunir au niveau de l'origine de la rainure. Si l'on a soin d'écarter les bords de cette rainure, on voit apparaître, à un centimètre de son origine, une dépression

en forme de godet, pouvant loger une lentille ; plus on tend la peau à ce niveau, plus le creux s'accroît : le derme adhère aux parties profondes.

Le point où siège exactement la dépression répond à la courbure de la colonne sacro-coccygienne.

Obs. IV (Lannelongue). — N° 34, salle Lugol, garçon de 12 ans. (Chez un certain nombre de sujets, la pointe du coccyx vient faire saillie sous la peau, tandis que chez les autres elle s'incurve en avant). Cet enfant est du nombre de ceux chez qui la pointe du coccyx fait saillie en arrière ; vers le point correspondant à l'articulation sacro-coccygienne, on trouve une surface large comme une pièce d'un franc, plate, comme accolée aux parties profondes, où la peau présente un aspect décoloré, blanchâtre, sans cependant qu'on ait affaire à un tissu cicatriciel ; de plus, la peau est mince, fine, et cela, non seulement sur la ligne médiane, mais aussi à droite et à gauche ; les fesses sont plates, le sillon fessier n'est que peu accusé.

*3° Observations dans lesquelles la dépression siège au niveau de la pointe du coccyx. Trente-deux sujets ont présenté de telles dépressions.*

Obs. V. (Lannelongue). — N° 15, salle Lugol, garçon de 3 ans. Un peu au-dessus de la pointe du coccyx, on trouve une fossette ovalaire assez profonde, qui pourrait loger une petite lentille ; le fond de cette fossette est formé par une peau d'aspect blanchâtre et lisse. Au-dessous, le sillon interfessier n'est presque pas marqué ; la fossette ne paraît pas adhérer aux parties profondes.

Obs. VI. (Lannelongue). — N° 17, salle Bouvier, fille de 3 ans. Infundibulum assez profond ; un peu au-dessous du coccyx, qui est fortement incurvé en avant ; vers son origine, la rainure

est très profonde pendant un centimètre de trajet, de façon à former là une sorte de fossette ; cette sorte de fossette est séparée de l'infundibulum par une bride charnue d'un centimètre de long.

4° *Quelques sujets ont présenté des dépressions multiples dans la rainure fessière. Ces sujets sont au nombre de 10 ; nous citerons les observations suivantes :*

OBS. VII. (Lannelongue). — N° 55, salle Bouvier, fille de 8 ans. La rainure fessière est profonde et présente plusieurs dépressions, situées à différentes hauteurs et caractérisées par un changement de couleur et d'état de la peau.

OBS. VIII. (Lannelongue). — Salle Giraldès, fille de 14 ans 1/2. La rainure fessière naît par de petits sillons cutanés qui s'éloignent d'elle en divergeant. Au point où ces sillons se rencontrent, c'est-à-dire vers l'origine même de la rainure, nous trouvons une première dépression large comme une pièce de cinquante centimes ; à un centimètre et demi au-dessous, on trouve une deuxième fossette plus petite et moins profonde.

5° *Enfin, certains sujets nous ayant présenté des dispositions spéciales, nous croyons utile d'en citer une observation.*

OBS. IX (Lannelongue). — Fille de 14 mois, consultation. A un centimètre et demi de l'anus, correspondant à la pointe du coccyx, on trouve, dans la rainure fessière, une dépression très marquée et très visible, même sans écarter les fesses ; cette dépression a la forme d'une fistule borgne de 2 millimètres de profondeur ; l'enfant, qui est grasse, nous offre à observer une rainure profonde et légèrement déviée, au lieu d'être médiane ; il semblerait que plus haut on rencontre sur cette rainure de légers méplats. Enfin, à un pouce au-dessus de l'origine de la

rainure, de chaque côté de la ligne médiane, existent deux méplats, larges chacun comme une pièce de cinquante centimes ; ces méplats sont placés à un centimètre et demi de la ligne médiane ; on dirait qu'à leur niveau, la peau adhère aux parties profondes.

---

## CONCLUSIONS

I. Les infundibula et les dépressions sacro-coccygiens sont des malformations congénitales dues à une invagination du feuillet externe du blastoderme.

II. Ils sont relativement fréquents et, d'après Lannelongue, ils existeraient sur plus de la moitié des sujets.

III. Au point de vue anatomique, on décrit séparément les dépressions simples, les fistules congénitales proprement dites, les fistules secondaires à la suppuration de kystes dermoïdes de la région. Le plus souvent, comme notre observation en est un exemple, il y a coexistence de ces diverses difformités.

IV. La symptomatologie est nulle jusqu'au moment où l'inflammation vient compliquer ces invaginations cutanées et donner lieu à des abcès à répétition et à des fistules suppurantes.

V. Le diagnostic, basé sur la situation médiane dans la rainure interfessière, est toujours facile. Le pronostic est bénin.

VI. La suppuration est l'indication habituelle du traitement, qui consiste à enlever la région cutanée au niveau de laquelle existe la fistule congénitale.

---

## BIBLIOGRAPHIE

- COURAUD. — Contribution à l'étude des dépressions, fistules congénitales cutanées et kystes dermoïdes de la région sacro-coccygienne. — Thèse de Paris, 1883, n° 262.
- CHAUVEL. — Discussion à la Société de chirurgie, 25 janvier 1882.
- DESPRÈS. — Société anatomique, 1874, p. 502.  
— Discussion à la Société de chirurgie, 25 janvier 1882, et Société de chirurgie, séance du 24 juillet 1889.
- FÉRÉ. — Bulletin de la Société anatomique, 1878, pp. 309 et 532.
- FREUND. — Ueber Schwanzbildung beim Menschen, Virchow's Archiv., 1886.
- FOLLIN ET DUPLAY. — Path. externe, t. II et III.
- GOODSALL. — Six cases of sinus over the Sacrum and coccyx. — St-Barth.-Hosp. Rep. Lond., 1888, XXIV, 229-240.
- GOSSELIN. — Clinique chirurgicale, t. II, p. 665.
- GUÉNIOT. — Discussion à la Société de chirurgie, 25 janvier 1882.
- HEURTAUX. — Infundibulum coccygien ; fistule paracoccygienne. — Société de chirurgie, 15 mars 1882.
- LAWSON TAIT. — Comptes rendus du Congrès pour l'avancement des sciences. Dublin, 1877.
- HARDMAN. — The Lancet, Congénital sacro-fistula. March. 25, 1882, vol. I, p. 504.
- HANSEN. — Thèse de Paris, 1893, n° 103 (Bibl.).
- KIRMISSON. — Traité des maladies chirurgicales d'origine congénitale, 1898, p. 46.
- KUHN. — Communication écrite à la Société de chirurgie, séance du 6 août 1867.
- KIENER. — Sur une tumeur sacro-coccygienne. Gazette hebdomadaire des sciences de Montpellier, 1891, XIII, 409-413.

LANNELONGUE. — Mémoire sur les fistules et dépressions cutanées congénitales paravertébrales inférieures. — Société de chirurgie, 15 mars 1882.

LANNELONGUE ET ACHARD. — Traité des maladies congénitales, t. II.

MOLK. — Des tumeurs congénitales de la partie inférieure du tronc. Thèse de Strasbourg, 1868.

MONOD. — Discussion à la Société de chirurgie, 25 janvier 1882.

PEYRAMAURE-DUVERDIER. — Thèse de Paris, 1882, n° 133.

POLAILLON. — Société de chirurgie, 25 janvier 1882.

TOURNEUX. — Contribution à l'étude des tumeurs congénitales de la région sacro-coccygienne. Bull. méd. du Nord, 1881, p. 359.

TOURNEUX ET HERMANN. — Sur la persistance des vestiges médullaires coccygiens. — Journal de l'anatomie et de la physiologie, 1887, p. 498.

TERRILLON. — Fistule congénitale de la région sacrée. — Société de chirurgie, séance du 25 janvier 1882, et Revue de chirurgie, avril 1882.

WALTHER. — In traité de chirurgie de Duplay et Reclus, t. VI, p. 249.

---

VU ET PERMIS D'IMPRIMER

Montpellier, le 10 mars 1899.

Le Recteur :

ANT. BENOIST.

VU

Montpellier, le 10 mars 1899.

Le Doyen :

L. VIALLETON

## SERMENT

---

*En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.*

*Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !*

---



